ESE HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE

PLAN DE GESTION

2024 A 2027

ANDREA CAROLINA TORRES MORA

Gerente

JUNTA DIRECTIVA

Dr. WILLIAM VILLAMIZAR LAGUADO
Gobernador Norte de Santander

Dr. FERNANDO AUGUSTO ALVAREZ GARCIA
Director Instituto Departamental de Salud

BRENDA LUCIA SIERRA
Representante Estamento Científico de la ESE

SR. ALFREDO NIÑO
Representante Asociación de Usuarios de la ESE

PRESENTACION

El Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución No.0408 el 15 de febrero de 2018 Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones, resolución en la cual en su Artículo 1, establece sustituir los Anexos 2,3 y 4 adoptados en la Resolución 710 de 2012, modificada por la resolución 743 de 2013 por los que hacen parte integral de la nueva resolución.

El Plan de Gestión, adoptó las condiciones y metodología, descritas en la Resolución 0710 de 2012 y las Resoluciones modificatorias, se constituye en el documento que refleja los compromisos para el actual periodo gerencial de la ESE Hospital Regional Occidente de baja complejidad, ante la Junta Directiva, respecto a las metas de gestión y resultados definidos en las siguientes áreas de gestión: Dirección y Gerencia, Gestión Financiera y Administrativa, Gestión Clínica y Asistencial.

De acuerdo a lo anterior se presenta el Plan de gestión para el periodo de la actual gerencia, nombrada mediante el Decreto No. 00690 del 22 de marzo de 2024 y posesionada a partir del día 1 de abril de 2024 mediante acta No. 14825 por la gobernación de Norte de Santander.

MARCO LEGAL

Ley 1122 de 2007.
Decreto 357 de febrero 8 de 2008.
Ley 1438 de 2011, artículos 72, 73 y 74
Resolución 0710 de marzo 30 de 2012
Resolución 0743 de marzo 15 de 2013
Resolución 0408 de Febrero 15 de 2018 y sus anexos Técnicos

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el alcance de las metas e indicadores de gestión y resultados relacionados con la producción y el mejoramiento de la calidad, eficiencia en la prestación de los servicios, sostenibilidad financiera y eficiencia en el uso de los recursos de la ESE Hospital Regional Occidente.

PLATAFORMA ESTRATEGICA

MISION

"Somos una empresa social del estado, del orden Departamental, ubicada en los municipios de Cáchira y La Esperanza Norte de Santander, que presta servicios de primer nivel de atención, enfocados en promoción y prevención, recuperación y educación para la salud, con un equipo de trabajo, comprometido, competente y humano, tecnología necesaria para una atención con calidad, promoviendo el mejoramiento continuo y satisfaciendo las necesidades y expectativas de la comunidad."

VISION

"En el año 2026 la ESE Hospital Regional Occidente será una entidad Acreditada, reconocida a nivel nacional, con un modelo de prestación de servicios sostenible en atención primaria en salud, con estándares superiores de calidad, que contribuyan a la mejora de las condiciones de vida de la comunidad"

OBJETIVOS ESTRATEGICOS

- Contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad.
- Promover la mejora continua a través de la aplicación de estándares superiores de calidad.
- Fortalecer la gestión financiera para asegurar la disponibilidad de recursos en la institución.
- Fortalecer la gestión del Talento Humano.

PRINCIPIOS

- RESPETO A LA DIGNIDAD HUMANA
- INTEGRIDAD
- MEJORAMIENTO CONTINUO
- UNIVERSALIDAD

VALORES

- TRABAJO EN EQUIPO
- SENTIDO DE PERTENENCIA
- HUMANIZACION
- LIDERAZGO
- RESPONSABILIDAD

GENERALIDADES

La ESE Hospital Regional Occidente está conformada por las IPS Miguel Duran sede Cáchira, y la IPS Centro de Salud La vega en el municipio de Cáchira; y la IPS Centro de Salud La Esperanza, e IPS Puesto de Salud La Pedregosa en el municipio de La Esperanza.

Atendemos la población del municipio de Cáchira con un número de habitantes según proyección DANE 2024, de 12.500, de los cuales el 18,1% viven en el casco urbano y el 81,9% en zona rural; y en el municipio de la Esperanza con una población de 13.144, equivalente al 51,3% del total de usuarios de la ESE; de los cuales el 16,2% viven en el casco urbano y resto en zona rural. En consolidado la en la ESE HRO la población rural es superior al 80%.

Municipio	Concepto	Hombres	Mujeres	Totales		
Cáchira	Cabecera Municipal	1.111	1.150	2.261	18,1%	
Cáchira	Centros Poblados y Rural Disperso	5.430	4.809	10.239	81,9%	
Cáchira	Total	6.541	5.959	12.500		48,7%
La Esperanza	Cabecera Municipal	1.034	1.093	2.127	16,2%	
La Esperanza	Centros Poblados y Rural Disperso	5.722	5.295	11.017	83,8%	
La Esperanza	Total	6.756	6.388	13.144		51,3%
Total ESE HRO		13.297	12.347	25.644		

La población contratada para venta de servicios de salud con las entidades responsables de pago, son Nueva EPS, Coosalud EPS y Comfaoriente EPS, en el municipio de Cáchira; y Nueva EPS y Coosalud EPS en el municipio de la Esperanza.

ERP	REGIMEN SUBSIDIADO		
	CACHIRA	LA ESPERANZA	TOTAL
NUEVA EPS	3.874	1.219	5.093
COOSALUD EPS	1.831	7.337	9.168
COMFAORIENTE	998	0	998
SUBTOTAL REG SUB	6.703	8.556	15.259

ERP	REGIMEN CONTRIBUTIVO		
	CACHIRA	LA ESPERANZA	TOTAL
NUEVA EPS	260	227	487
COOSALUD EPS	47	415	462
COMFAORIENTE	57	0	57
SUBTOTAL REG CONTR	364	642	1.006

Total población a atender:

ERP	CACHIRA	LA ESPERANZA	TOTAL
NUEVA EPS	4.134	1.446	5.580
COOSALUD EPS	1.878	7.752	9.630
COMFAORIENTE	1.055	0	1.055
TOTALES	7.067	9.198	16.265

Comparando las dos informaciones sobre usuarios, existe, como a nivel país, una gran diferencia entre los afiliados por DANE de 25.644 y los registrados en las BDUA de las EPS de 16.265, cerca de 9.379 habitantes.

	CACHIRA	LA ESPERANZA	TOTALES	
POBLACION DANE	12.500	13.144	25.644	
POBLACION ERP	7.067	9.198	16.265	63,4%
DFERENCIAS	5.433	3.946	9.379	

A la fecha la ESE Hospital Regional Occidente tiene vinculadas a 44 personas en la planta de personal y 31 contratados para un total de 75 funcionarios, pero existen varias necesidades por cubrir, nuevos retos de la normatividad vigente, sobre todo la resolución 3280 de 2022 y mejorar la capacidad de atención, pero limita el ingreso, ya que en cada municipio hay dos IPSs pero un solo ingreso por la venta de servicios.

CONCEPTO	NOMINA	CONTRATADOS	TOTALES
SSO	12	0	12
CACHIRA	23	14	37
LA VEGA	4	5	9
LA ESPERANZA	5	9	14
LA PEDREGOZA	0	3	3
TOTALES	44	31	75

El presupuesto inicial para 2024 es de $4.603.412.337, de los cuales el 64,3% es de régimen subsidiado, el 4,7% régimen contributivo; 13,2% contratos PIC y el 17,3% de recursos de oferta.

REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD REPS

municipio	codigo_habilitacion	numero_sede	nombre
CACHIRÁ	5412800641	01	E.SE HOSPITAL MIGUEL DURAN
CACHIRÁ	5412800641	02	CENTRO DE SALUD LA VEGA
LA ESPERANZA	5438500641	04	IPS CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA
LA ESPERANZA	5438500641	05	PUESTO DE SALUD LA PEDREGOSA

CAPACIDAD INSTALADA

La siguiente es la capacidad instalada que cuenta la ESE:

No	GRUPO SERVICIOS	CACHIRA	LA VEGA	TOTAL CACHIRA	LA ESPERANZA	LA PEDREGOZA	TOTAL LA ESPERANZA	TOTAL ESE
1	TAB	1	1	2	2	0	2	4
2	CAMAS pediátricas	3	0	3	0	0	0	3
	CAMAS Adultos	4	0	4	0	0	0	4
	CAMAS TPR	1	0	1	0	0	0	1
3	CAMAS	8	0	8	0	0	0	8
	OBSER Hombres	2	1	3	1	0	1	4
	OBSERVACION Mujeres	2	1	3	1	0	1	4
4	OBSERVACION	4	2	6	2	0	2	8
5	URGENCIAS	1	1	2	1	0	1	3
	CONSULTA EXTERNA	7	4	11	5	3	8	19
	PARTOS	1	0	1	0	0	0	1
		22	8	30	10	3	13	43

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios (REPS)

SERVICIOS HABILITADOS POR SEDES Y CODIGOS

muni_nombre	codigo_habilitacion	sede_nombre	serv_codigo	serv_nombre
CACHIRÁ	5412800641	E.SE HOSPITAL MIGUEL DURAN	706	LABORATORIO CLÍNICO
CACHIRÁ	5412800641	E.SE HOSPITAL MIGUEL DURAN	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO
CACHIRÁ	5412800641	E.SE HOSPITAL MIGUEL DURAN	714	SERVICIO FARMACÉUTICO
CACHIRÁ	5412800641	E.SE HOSPITAL MIGUEL DURAN	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS
CACHIRÁ	5412800641	E.SE HOSPITAL MIGUEL DURAN	1101	ATENCIÓN DEL PARTO
CACHIRÁ	5412800641	E.SE HOSPITAL MIGUEL DURAN	1102	URGENCIAS
CACHIRÁ	5412800641	E.SE HOSPITAL MIGUEL DURAN	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO
CACHIRÁ	5412800641	E.SE HOSPITAL MIGUEL DURAN	312	ENFERMERÍA
CACHIRÁ	5412800641	E.SE HOSPITAL MIGUEL DURAN	328	MEDICINA GENERAL

CACHIRÁ	5412800641	E.SE HOSPITAL MIGUEL DURAN	334	ODONTOLOGÍA GENERAL
CACHIRÁ	5412800641	E.SE HOSPITAL MIGUEL DURAN	420	VACUNACIÓN
CACHIRÁ	5412800641	E.SE HOSPITAL MIGUEL DURAN	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
CACHIRÁ	5412800641	E.SE HOSPITAL MIGUEL DURAN	344	PSICOLOGÍA
CACHIRÁ	5412800641	E.SE HOSPITAL MIGUEL DURAN	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS
CACHIRÁ	5412800641	E.SE HOSPITAL MIGUEL DURAN	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA
CACHIRÁ	5412800641	CENTRO DE SALUD LA VEGA	706	LABORATORIO CLÍNICO
CACHIRÁ	5412800641	CENTRO DE SALUD LA VEGA	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO
CACHIRÁ	5412800641	CENTRO DE SALUD LA VEGA	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS
CACHIRÁ	5412800641	CENTRO DE SALUD LA VEGA	1102	URGENCIAS
CACHIRÁ	5412800641	CENTRO DE SALUD LA VEGA	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO
CACHIRÁ	5412800641	CENTRO DE SALUD LA VEGA	312	ENFERMERÍA
CACHIRÁ	5412800641	CENTRO DE SALUD LA VEGA	328	MEDICINA GENERAL
CACHIRÁ	5412800641	CENTRO DE SALUD LA VEGA	334	ODONTOLOGÍA GENERAL
CACHIRÁ	5412800641	CENTRO DE SALUD LA VEGA	420	VACUNACIÓN
LA ESPERANZA	5438500641	IPS CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA	706	LABORATORIO CLÍNICO
LA ESPERANZA	5438500641	IPS CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS
LA ESPERANZA	5438500641	IPS CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA	1102	URGENCIAS
LA ESPERANZA	5438500641	IPS CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO
LA ESPERANZA	5438500641	IPS CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA	312	ENFERMERÍA
LA ESPERANZA	5438500641	IPS CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA	328	MEDICINA GENERAL
LA ESPERANZA	5438500641	IPS CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA	334	ODONTOLOGÍA GENERAL
LA ESPERANZA	5438500641	IPS CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA	420	VACUNACIÓN
LA ESPERANZA	5438500641	PUESTO DE SALUD LA PEDREGOSA	312	ENFERMERÍA
LA ESPERANZA	5438500641	PUESTO DE SALUD LA PEDREGOSA	328	MEDICINA GENERAL
LA ESPERANZA	5438500641	PUESTO DE SALUD LA PEDREGOSA	420	VACUNACIÓN

METODOLOGIA Y ELABORACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN

Las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, definen los criterios y metodologías para la elaboración y presentación del Plan de Gestión por parte de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado. Este documento determina los compromisos, metas y actividades a alcanzar para el periodo objeto de evaluación, con el fin de cuantificar periódicamente (Anual), los resultados obtenidos, relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud, en tres ámbitos:

1. Dirección y Gerencia 20%.
2. Gestión Financiera y Administrativa 40%.
3. Gestión Clínica y Asistencial 40%.

La formulación del Plan por área de Gestión incluye la Identificación del Indicador, seguido del diagnóstico o situación actual, fórmula, actividades, línea base, meta y observaciones.

- **METODOLOGIA DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL:**

Conforme al anexo técnico 1 de la resolución 710 de 2012, el Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, resulta de las actividades desarrolladas por el Gerente de la entidad y su equipo para en forma sucesiva, pero no lineal sino más bien a manera de ciclo continuo, desarrollar cinco fases del mismo, como se detalla a continuación:

1. Fase de preparación
2. **Fase de formulación**
3. Fase de aprobación
4. Fase de ejecución
5. Fase de evaluación

FASE DE PREPARACIÓN:

Corresponde a la identificación de fuentes de información para establecer la línea de base y formular el Plan de Gestión, que para la ESE HRO fue el informe de evaluación de gerencia del año 2023, que se tomó como línea base. Y será entendida, como el estudio de la situación actual de la entidad para cada uno de los indicadores y estándares establecidos para las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Clínica o asistencial.

FASE DE FORMULACIÓN:

Diagnóstico inicial de la Empresa Social del Estado para cada uno de los indicadores incluidos en la matriz correspondiente. Este diagnóstico debe reflejar con evidencias suficientes, las condiciones en las cuales se encuentra cada indicador, tanto cuantitativa como cualitativamente de tal manera que permita conocer desde dónde se está partiendo y cuáles son los retos implicados para cambiar la situación de la empresa mediante las actividades que se plantean más adelante.

Una manera de obtener dicho producto se logra mediante el diligenciamiento de un cuadro que contenga las siguientes variables:

1. Área de gestión.
2. No. del indicador.
3. Indicador. En el caso de los indicadores del área de gestión clínica o asistencial, se seleccionarán los indicadores que correspondan de acuerdo con el nivel de atención.
4. Línea de Base
5. Observaciones. Registrar las observaciones a que haya lugar.

AREA GESTION	No INDICADOR	INDICADOR	LINEA BASE	OBSERVACION
INDICADORES AREA GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA:	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	1.14	En la vigencia 2023 se realizó la autoevaluación de estándares de acreditación de acuerdo a los parámetros de la Resolución 5095 de 2018 con una calificación de 1.14. Debido al estado actual de las infraestructuras, de los procesos, a la falta de auditor de calidad que haga seguimiento estricto a los estándares, se deja como línea base un incremento del 4% en los dos años y hasta lograr un 20% normado en los 2 últimos años.
INDICADORES AREA GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA:	2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	0.93	Los resultados previos de este indicador se basan en los planes de mejoramiento realizados durante la vigencia 2023 de acuerdo a la priorización y cumplimiento del ciclo de mejoramiento continuo ya que por medio de la auditoria de mejoramiento para la calidad se determina la calidad observada verificando la efectividad del proceso, obteniendo bases de comparación en cuanto a los resultados esperados a través de los indicadores, el resultado de este indicador fue de 0.93
INDICADORES AREA GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA:	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	1	Los resultados de este indicador se basan en el cumplimiento de los Planes operativos anuales de la vigencia 2023 fue de 1. Tan pronto se apruebe el plan de gestión, de entregará el plan de desarrollo que contendrá a su vez los planes operativos anuales a desarrollar, sus estrategias y resultados esperados
INDICADORES AREA GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA:	4	Riesgo Fiscal y Financiero	Riesgo Medio	Para la vigencia 2023 la institución fue categorizada con RIESGO MEDIO por tanto envió la adopción de un programa de saneamiento fiscal y financiero, a la fecha el Ministerios de Salud y Protección Social y el CONFIS no lo ha aprobado.El desequilibrio presupuestal a la fecha reportado y encontrado, no permite mayor estrategia de mejoramiento. Se debe hacer un análisis más profundo de sus causas, sus consecuencias y ante todo de plan de mejoramiento sagaz que no afecte la prestación de los servicios ni vulnere los derechos de los trabajadores. Debido a la metodología del MSPS no es posible antes de 4 años de salir del riesgo, siempre y cuando se demuestre el resurgimiento

INDICADORES AREA GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA:	5	Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida	1.175	Con el ánimo de mantener una sostenibilidad económica y presupuestal para el Hospital, la empresa ha realizado esfuerzos representativos en fortalecer su eficiencia hospitalaria, identificando las actividades realizadas por el recurso humano y optimizando su reporte y consolidación, de tal manera que la recuperación de las mismas le permite a la ESE mejorar de manera ostensible, el resultado de los periodo 2023 fue de 1.175.
INDICADORES AREA GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA:	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras a), b), c).	82,02	Para la vigencia 2023 el comportamiento del indicador ha ido incrementando, así: 82,02.
INDICADORES AREA GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA:	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.	0	La E.S.E, tiene como política institucional efectuar los pagos por concepto de salarios y prestaciones de servicios tan pronto sean constatados por la supervisión del contrato, validando el cumplimiento de las obligaciones contractuales de ley, para la vigencia 2023 se evidenció como resultado del cumplimiento de estas políticas 0 –cero- deudas por salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, superior a 30 días.
INDICADORES AREA GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA:	8	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones (RIPS)	3	El cumplimiento de este indicador en la vigencia 2023, fue 3; se debe presentar ante la Junta un cuarto informe en el bimestre octubre-noviembre en el mes de diciembre de cada año para cumplir con la meta del MSPS.
INDICADORES AREA GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA:	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	1,03	La empresa ha realizado diversas estrategias en el manejo de la empresa, enfocadas a la eficiencia de los resultados institucionales, austeridad del gasto, optimización de la información de producción, aunado a los esfuerzos en la gestión de la cartera con las diferentes EPS. El resultado de este indicador en la vigencia 2023 fue de 1,03.
INDICADORES AREA GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA:	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	No cumplió	La empresa en la vigencia 2023 NO CUMPLIÓ con la presentación oportuna de informes a la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos establecidos por la normatividad vigente. A la fecha de elaboración de este informe se evidencia que ya se incumplió nuevamente con los reportes, debido a la parametrización de varios software y falta de seguimiento por parte de personal involucrado
INDICADORES AREA GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA:	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016-Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y protección Social o la norma que la sustituya	Cumplió	La empresa CUMPLIÓ con la presentación de los informes exigidos por el decreto 2193 del 2004, al Sistema de Gestión de Hospitales Públicos, se cuenta con los soportes de envió del Decreto en mención, dando cumplimiento a los plazos establecidos, cumpliendo los resultados del indicador en la vigencia 2023.

INDICADORES AREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.	0,92	La entidad ha realizado estrategias de canalización, promoción a través de mecanismos de educación, información para el ingreso oportuno de las embarazadas al control prenatal antes de la semana 12, este indicador ha tenido resultados por encima del estándar propuesto, el resultado en la vigencia fue del 0,92.
INDICADORES AREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	22	Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE	0	En la vigencia 2023 -0- CERO no se presentaron casos de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE.
INDICADORES AREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	23	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	0,95	En las vigencia 2023 el resultado fue de 0.95, según registros de comité de HC.
INDICADORES AREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	24	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	0,96	En la vigencia 2023, el resultado fue de 0.96. Debido al cambio de la norma, se aplicará las guias de primera infancia y infancia de la resolución 3280 de 2018.
INDICADORES AREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	25	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	0,002	En la vigencia 2023 el resultado fue de 0.002, según la ficha técnica de la página del SIHO, por lo que se ha cumplido con el estándar establecido.
INDICADORES AREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	26	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	1.039	En la vigencia 2023 el resultado de este indicador según la ficha técnica de la página del SIHO, fue de 1,039, se ha cumplido con el estándar establecido.

A partir de la información contenida en el Diagnóstico inicial, se diseña un escenario en el cual, con la resolución de los problemas y/o el desarrollo de las prioridades establecidas, se obtiene una nueva situación o proyección de referencia. Es decir, que, atendiendo a los estándares específicos de cada indicador, se describirán los logros a alcanzar por Área de Gestión, de tal manera que se refleje en esta descripción cualitativa, los cambios que se evidenciarán al final del período del Gerente.

Además, deberán identificarse las actividades o acciones que se ejecutarán para alcanzar los logros planteados.

Para ello se propone la elaboración de un cuadro que contenga las siguientes variables:

1. Área de gestión.
2. Logros o compromisos planteados para el período de gerencia
3. Actividades generales a desarrollar

Área de gestión.	Logros o compromisos planteados para el período de gerencia	Actividades generales a desarrollar

INDICADORES AREA GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA:	Fortalecer sistema de habilitación de la ESE	Realizar autoevaluación // Implementar PAMEC // Sostener la habilitación
INDICADORES AREA GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA:	Salir del riesgo fiscal y financiero	Estudiar los causantes del desequilibrio presupuestal // Revisar contratos con ERP para ajustar UPC // Ajustar notas técnicas de servicios contratados versus UPC pagada // Hacer plan de austeridad del gasto // Gestiones de cartera
INDICADORES AREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	Fortalecer los servicios prestados, especialmente PYMS	Evaluación periódica de metas de programas de PYMS. // Continuar con estudios para la construcción del nuevo centro de salud La Esperanza

A partir de los indicadores y su respectivo estándar, que se convierte en meta del Plan de Gestión, se procede a determinar las metas anuales, por parte del Gerente.

Debe tenerse en cuenta que para la primera vigencia fiscal del Plan de Gestión, no se contará con un año completo, por lo cual en la etapa de formulación y aprobación del mismo, el Gerente y Junta Directiva tendrán la precaución de estipular las metas de la primera vigencia con base en el tiempo efectivo para la ejecución de las actividades incluidos en dichas metas.

Para operacionalizar esta actividad se propone la elaboración de un cuadro que contenga las siguientes variables

1. Área de gestión.
2. No. del indicador.
3. Indicador. En el caso de los indicadores del área de gestión clínica o asistencial, se seleccionarán los indicadores que correspondan de acuerdo con el nivel de atención.
4. Meta para los años 1, 2, 3 y 4 del período del Gerente.

La fase de formulación finaliza al ser presentado el proyecto de plan de Gestión para estudio, análisis y aprobación por la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado.

FASE DE APROBACIÓN

En esta fase, el Gerente de la Empresa Social del Estado, presenta el proyecto de Plan de Gestión a la Junta Directiva de la entidad, dentro de los términos legales. La Junta lo aprueba, y el Gerente puede presentar observaciones al plan de gestión aprobado, los cuales deberán ser resueltos por la Junta Directiva. Dicho trámite conforme a los términos establecidos en el artículo 73 de la Ley 1438 de 2011.

En caso de que la Junta Directiva no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término establecido en la Ley 1438 de 2011, el plan de gestión inicialmente presentado por la gerente se entenderá aprobado.

La fase de aprobación estará terminada cuando se haya aprobado el Plan de Gestión mediante Acuerdo de la Junta Directiva, dejando constancia en la respectiva acta de la sesión en la cual fue aprobado dicho plan.

FASE DE EJECUCIÓN

Aprobado el plan de gestión, este debe ser ejecutado por el Gerente, lo cual comprende:

1. El despliegue del mismo a las áreas y unidades de gestión de la entidad, en forma de planes de acción, con la asignación de responsabilidades.
2. El seguimiento de la ejecución de las actividades de manera sistemática y con evidencias sobre las decisiones tomadas para garantizar la continuidad y/o los ajustes de las mismas.
3. Presentación a la Junta Directiva del Informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión.

FASE DE EVALUACIÓN

La evaluación del Plan es un proceso soportado en información válida y confiable, de periodicidad anual. Para ello el Gerente deberá presentar a la Junta Directiva el Informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión de la vigencia anterior con corte a 31 de diciembre, a más tardar el 1º de abril de cada año. El informe anual de gestión de la gerente de la Empresa Social del Estado deberá contener los logros de los indicadores de gestión y de resultados de la empresa y un análisis comparativo con los indicadores de cumplimiento de las metas de gestión y de resultados, incluidos en el plan de gestión aprobado por la junta directiva, junto con un informe motivado de las causas de las desviaciones en los indicadores establecidos en el plan, cuando haya lugar, y de los efectos de estas en la gestión de la entidad.

INDICADORES AREA GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA:

El objetivo de esta área es el de implementar y mantener los objetivos e intereses de la organización en torno a la Misión y Objetivos institucionales, establece las políticas, el direccionamiento de la entidad, y se fundamenta en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como un componente que plantea óptimo rendimiento en la calidad de la prestación de los servicios en salud. Se presta especial atención como estrategia de control y soporte al desarrollo institucional, el fortalecimiento del sistema de Información

a través de monitoreo y planeación de la gestión de los procesos de prestación de los servicios, administrativos y financieros.

1. **Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.**

La implementación del Sistema Único de Acreditación busca el logro de niveles superiores de calidad, en la prestación de servicios de salud, y se realiza en forma conjunta con la implementación del PAMEC.

INDICADOR No. 1	Mejoramiento continuo de calidad para a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.				
FORMULA	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada/Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior.				
OBSERVACIONES/ SITUACION ACTUAL	En la vigencia 2023 se realizó la autoevaluación de estándares de acreditación de acuerdo a los parámetros de la Resolución 5095 de 2018 con una calificación de 1.14. Debido al estado actual de las infraestructuras, de los procesos, a la falta de auditor de calidad que haga seguimiento estricto a los estándares, se deja como línea base un incremento del 4% en los dos años y hasta lograr un 20% normado en los 2 últimos años.				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
		2024	2025	2026	2027
≥1,2	1.14	≥1,04	≥1,04	≥1,20	>1,20
Fuente de Información	Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior.				

Este indicador pretende lograr el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud, evidenciando en la valoración cuantitativa y cualitativa de los estándares de acreditación.

2. **Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.**

La ESE Hospital Regional Occidente aplica los mecanismos para el seguimiento y evaluación del cumplimiento del plan de auditoria con enfoque en el componente de Acreditación y los planes de mejora derivados de la autoevaluación de los estándares, de acuerdo a los lineamientos establecidos, dichos seguimientos son realizados por el Comité de Calidad, quien realiza el monitoreo de los planes de mejora, revisando con los líderes la

eficacia en el cumplimiento de acciones, a su vez hace seguimiento a la efectividad a través del resultado de los indicadores relacionados con el grupo de estándares trabajados en las oportunidades de mejora estableciendo el cumplimiento de las acciones.

Concordante con el primer punto, debido a las debilidades encontradas, se hace un ajuste en las metas de la efectividad del PAMEC.

INDICADOR No. 2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.				
FORMULA	Número de acciones de mejoramiento ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC.				
OBSERVACIONES/SITUACION ACTUAL	Los resultados previos de este indicador se basan en los planes de mejoramiento realizados durante la vigencia 2023 de acuerdo a la priorización y cumplimiento del ciclo de mejoramiento continuo ya que por medio de la auditoria de mejoramiento para la calidad se determina la calidad observada verificando la efectividad del proceso, obteniendo bases de comparación en cuanto a los resultados esperados a través de los indicadores, el resultado de este indicador fue de 0.93.				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
		2024	2025	2026	2027
≥0,9	0,93	≥0,90	≥0,91	≥0,92	≥0,92
Fuente de Información	Superintendencia Nacional de Salud				

3. Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional

El Plan de Desarrollo Institucional le permite al gerente y su equipo directivo tomar decisiones oportunas. La planeación nace de la información que se tiene tanto del ambiente externo como interno y del diagnóstico situacional de la institución para saber en dónde estamos y a donde queremos llegar.

En este contexto es importante que el Plan de Desarrollo 2024-2027 se oriente al fortalecimiento de acciones integradas en el modelo de atención, adecuación de infraestructura física y tecnológica, optimización de recursos que garanticen la sostenibilidad de la ESE HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE.

INDICADOR No. 3	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional				
FORMULA	Número de metas del Plan Operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación/ Número de metas del Plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación.				
OBSERVACIONES/SITUACION ACTUAL	Los resultados de este indicador se basan en el cumplimiento de los Planes operativos anuales de la vigencia 2023 fue de 1. Tan pronto se apruebe el plan de gestión, de entregará el plan de desarrollo que contendrá a su vez los planes operativos anuales a desarrollar, sus estrategias y resultados esperados. El POA dependerá de las estrategias de resurgimiento por el tema de saneamiento fiscal y financiero, debido al desequilibrio presupuestal y riesgo fiscal.				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
		2024	2025	2026	2027
≥0,9	1	≥0,90	≥0,90	≥0,92	≥0,92
Fuente de Información	Informe del responsable de planeación de la ESE. De lo contrario, informe de Control Interno de la entidad. El informe como mínimo debe contener: el listado de las metas del Plan Operativo Anual del plan de desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO); y el cálculo del indicador.				

INDICADORES AREA GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA:

Orienta la gestión de la administración de los recursos requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud y en igual forma al cumplimiento de las obligaciones laborales, legales y rendición de cuentas, involucra los procesos y recursos administrativos y de logística, necesarios y suficientes para desarrollar las actividades, alcanzar los objetivos y ejecutar las metas de la ESE.

4. **Riesgo Fiscal y Financiero**

Tal como lo establece la Ley 1438 de 2011, Artículo 80 "el Ministerio de la Protección Social determinará y comunicará a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, a más tardar el 30 de mayo de cada año, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiero, a partir de sus indicadores financieros, sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud establecida en la mencionada ley".

INDICADOR No. 4	Riesgo fiscal y Financiero.				
FORMULA	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero				
OBSERVACIONES/SITUACION ACTUAL	Para la vigencia 2023 la institución fue categorizada con RIESGO MEDIO por tanto envió la adopción de un programa de saneamiento fiscal y financiero, a la fecha el Ministerios de Salud y Protección Social y el CONFIS no lo ha aprobado. El desequilibrio presupuestal a la fecha reportado y encontrado, no permite mayor estrategia de mejoramiento. Se debe hacer un análisis más profundo de sus causas, sus consecuencias y ante todo de plan de mejoramiento sagaz que no afecte la prestación de los servicios ni vulnere los derechos de los trabajadores. Debido a la metodología del MSPS no es posible antes de 4 años de salir del riesgo, siempre y cuando se demuestre el resurgimiento.				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
		2024	2025	2026	2027
Adopción del programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	RIEGO MEDIO	RIESGO MEDIO	RIESGO MEDIO	RIESGO MEDIO	RIESGO MEDIO
Fuente de Información	Acto administrativo mediante el cual se adoptó el programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para las ESE categorizadas en Riesgo medio o alto.				

A la fecha de se posee en construcción la siguiente propuesta dentro del PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE DE NORTE DE SANTANDER. Una vez aprobada será el soporte para este punto.

"PROPUESTA DE PSFF

1.1 ANALISIS INTEGRAL-DOFA Y MEDIDAS

Para llegar al producto del ejercicio estratégico se realizó un análisis detallado de la dimensión interna de la situación entorno, institucional, administrativa, jurídica, y financiera de la Empresa Social del Estado, identificando los problemas coyunturales y

estructurales, ubicando las causas, las oportunidades de mejora, con la determinación de las limitaciones, oportunidades, fortalezas y amenazas. Igualmente se realizó un análisis externo teniendo en cuenta los criterios del entorno.

Dentro del aspecto institucional se tomaron los siguientes criterios:

- Identificación E.S.E.
- Portafolio de servicios.
- Capacidad instalada física.
- Capacidad de oferta del recurso humano.
- Nivel de producción.
- Análisis de productividad.
- Calidad.

Aspecto administrativo, en el análisis se tomaron los siguientes criterios:

- Procesos prioritarios
- Gestión y políticas de Capital Humano
- Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad SOGC
- Gestión Documental
- Mantenimiento Hospitalario
- Sistema Integrado de Gestión

Aspecto jurídico, en el análisis se tomaron los siguientes criterios:

- Contratación y ventas
- Procesos judiciales en contra e impacto financiero

Aspectos financieros, en el análisis se tomaron los siguientes criterios:

- Ingresos por venta de servicios de salud
- Ingresos no relacionados con venta de servicios de salud

Lo que nos permitió establecer el impacto directo sobre la efectividad del PSFF y se determinó de acuerdo a los análisis la propuesta de acciones concretas con el fin de articular con todas las áreas de la entidad, las estrategias para lograr la consolidación de los objetivos propuestos.

La formulación de la matriz se llevó a cabo con la participación activa del personal multidisciplinario institucional, teniendo en cuenta el mejoramiento de los procesos, sistemas de información y calidad de los servicios, producción de servicios, incremento de los ingresos recaudados, disminución y racionalización de los gastos, determinación del ahorro por la aplicación del programa, saneamiento de pasivos, fortalecimiento de la gestión institucional.

Definidas las estrategias se priorizaron en medidas de reorganización administrativa, racionalización del gasto, fortalecimiento de los ingresos de la E.S.E., saneamiento de pasivos. La priorización se hace teniendo en cuenta los problemas definidos y con sus respectivas causas, conforme a lo detectado en el diagnóstico y análisis de la información de los aspectos institucionales, administrativos, jurídicos, financieros y del entorno para que se desarrollen a lo largo del programa.

Las medidas que no incurren en costos económicos es decir que su valor es cero $ 0 se iniciaran en un corto plazo. Las que generan costo se proyectaron conforme al flujo financiero en varios periodos de ejecución a partir del 2023 hasta el 2027.

Se detalla a continuación descripción de los aspectos a considerar en las medidas y de igual manera se plantean las acciones específicas, que permitirá el logro de la estabilización financiera de la ESE.

Tabla 69. *DOFA y Medidas del programa*

PROBLEMAS	CAUSAS	CATEGORÍA DE LA MEDIDA	MEDIDA PROPUESTA
Bajo recaudo de recursos financieros por la venta de servicios de salud.	Incumplimiento de los acuerdos de Pago por parte de las EAPBs	Fortalecimiento de los ingresos de las ESE	F.O. Fortalecer el recurso humano de la entidad que permitan ajustar procesos y hacer trazabilidad de los procesos de facturación, glosas, recaudo y cartera.
Bajo recaudo de recursos financieros por la venta de servicios de salud.	Descuentos en los Giros directos por Glosas efectuadas por las EAPBs	Fortalecimiento de los ingresos de las ESE	F.O. Gestionar recursos para contratación de personal para la ejecución de actividades en las metas acordadas con la EAPB .
Dificultad en la contratación del talento humano	Insuficiente Recurso financiero	Fortalecimiento de los ingresos de las ESE	F.O. Realizar el estudio previo, enfocado en la necesidad según las causas de morbilidad recurrentes en la población.
Incumplimiento de las condiciones de Habilitación	Inadecuada Infraestructura para la prestación de servicios de salud.	Fortalecimiento de los ingresos de las ESE	F.O. Gestionar recursos financieros ante los entes gubernamentales para el fortalecimiento de la infraestructura de las diferentes sedes de la ESE
Incumplimiento de las condiciones de Habilitación	Equipos Biomédicos obsoletos e insuficientes.	Fortalecimiento de los ingresos de las ESE	F.O. Gestionar recursos financieros ante las entidades gubernamentales para la ejecución de proyectos en la adquisición de Equipos Biomédicos que permitan el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud.
Falta de Herramientas Jurídicas	Ausencia de personal Idóneo, profesional en derecho y oficina de cobro coactivo	Fortalecimiento de los ingresos de las ESE	F.A. Gestionar recursos financieros ante Municipios / Gobernación y o Min Salud para la contratación de personal idóneo y suficiente para la defensa de los intereses de la ESE jurídicamente.
Bajo recaudo de recursos financieros por la venta de servicios de salud.	Falta de Compromiso de las entidades gubernamentales y municipales.	Fortalecimiento de los ingresos de las ESE	F.O. Gestionar recursos gubernamentales en la compra de ambulancias y la consecución de un vehiculo para traslado de personal asistencial a los diferentes micro territorios de los municipios
Bajo recaudo de recursos financieros por la venta de servicios de salud.	Falta de recursos financieros que permitan la integralidad de los softwares de la empresa.	Reorganización administrativa	D.A. Gestionar recursos financieros por medio de un proyecto ante el Ministerio de TIC para garantizar el sistema de información mediante la puesta en marcha de la tecnología adecuada que nos permita mejorar los procesos administrativos.

Fuente tomada de cuadro 30 y 31 herramienta elabora PSFF

1.1.1 Entorno.

Para el aseguramiento de la población de los municipios de Cáchira y la Esperanza se cuenta con tres EPS (Coosalud, Nueva EPS, Comfaoriente) quien contratan los servicios de salud con la empresa.

Además, existen los regímenes de excepción como son Magisterio que es prestado por la IPS Fundación Medico Preventiva, Fuerzas Militares como son Sanidad Policía Nacional, quien presta los servicios con las IPS de adscritas a la Ese Hospital Regional Occidente.

La ESE Hospital Regional Occidente, es único prestador en los dos municipios del área de influencia, está conformada por cuatro IPS distribuidas en dos en el municipio de Cáchira y dos en el municipio de la Esperanza

Geográficamente se encuentra ubicada a 12 horas promedio de la capital del departamento (Cúcuta) y a 5 horas promedio del municipio de Ocaña, lo que dificulta las referencias a mayores niveles de complejidad, con una malla vial en mal estado lo que ocasiona que las EPS remitan para la prestación de servicios de salud, por cercanía a la ciudad de Bucaramanga.

Como medida se considera el Fortalecimiento de ingresos tipo Ofensiva mediante la gestión de recursos gubernamentales en la compra de ambulancias y la consecución de un vehículo para traslado de personal asistencial a los diferentes micro territorios de los municipios.

La empresa social del estado Hospital Regional occidente, cuenta en la actualidad con 3 ambulancias de traslado asistencial básico distribuidas en una para la IPS Sede Hospital Miguel Duran Duran de Cáchira, una para la IPS Centro de Salud de la Vega y una para la IPS Centro de Salud de la Esperanza. En la actualidad estos 3 vehículos son insuficientes para la prestación de los servicios por el mal estado de las vías, por distanciamiento entre municipios que generan barreras en la prestación del servicio.

La entidad es consciente que tener 3 vehículos nuevos en la empresa aumenta los gastos en la contratación de personal, mantenimiento de los vehículos y consumo de combustibles, pero prioriza ante el gasto la prestación de servicios humanizados, minimizando el riesgo de la prestación. Así mismo, cuando la ambulancia de la IPS Sede del Municipio de Cáchira traslada un paciente, la misma dura en volver a la entidad aproximadamente 12 horas, esto significa que durante este tiempo la IPS Sede queda sin vehículo para un nuevo transporte asistencial de urgencia.

La ESE, busca impactar los ingresos, mediante la gestión de proyectos que permitan fortalecer la prestación de servicios a través de la modalidad extramural, la entidad busca a través de la consecución de un vehículo de transporte fortalecer a través de la contratación de un equipo de profesionales de salud, cumpliendo las metas de promoción

y mantenimiento de la salud acordadas con las EPS, esta estrategia impactará positivamente los ingresos.

1.1.2 Aspectos institucionales

Los servicios que presta actualmente la ESE Hospital Regional Occidente, son de bajo nivel de complejidad y están debidamente habilitados.

Los servicios habilitados se prestan de acuerdo a las capacidades de la entidad y la contratación con las diferentes EAPB del área de influencia de la ESE, usando de manera racional y adecuada los recursos del SGSSS.

La ESE cuenta con consultorios para consulta externa, internación, atención inmediata y apoyo diagnóstico y complementación terapéutica (ver imagen 6 pág 26)

En conclusión, la ESE tiene una producción según su capacidad física, instalada para oferta de servicios ambulatorios, hospitalarios y actividades de promoción y mantenimiento de la salud.

Para ejecutar la prestación de servicios la ESE Hospital Regional Occidente, cuenta con talento humano idóneo y capacitado para el ejercicio de sus funciones, conformado por 45 funcionarios de planta asistenciales y administrativos.

En el área asistencial actualmente la ESE HRO, brinda atención en Medicina general por consulta externa y urgencias, odontología, vacunación, laboratorio clínico, enfermería, psicología, nutrición, internación, actividades de PYM.

La capacidad de recurso humano es mínima, por esta razón en la sede IPS Hospital Miguel Duran Duran, que tiene habilitada internación, el médico de urgencia está a cargo de los servicios de observación y hospitalización, igualmente en las IPS Centro de Salud La Esperanza y Centro de Salud La Vega sucede con los servicios de urgencias y observación ya que la concurrencia en el servicio es muy baja, excepto del área de enfermería, ya que en cada municipio donde hace presencia la ESE, solo se cuenta con 1 profesional de enfermería, encargado de las funciones asistenciales y administrativas.

La ESE Hospital Regional Occidente, tiene documentado procesos y procedimientos asistenciales como el programa y la política de Seguridad del paciente, el cual se estandarizan las prácticas seguras en el quehacer profesional, y se brinden pautas enfocadas a una atención más segura, además se estimule la cultura del reporte para identificar causas y realizar la gestión del riesgo y eventos adversos, asimismo se tienen documentadas las guías de atención y manejo, documentos que son socializados a todo el personal asistencial que ingresa a la Institución como parte del proceso de inducción, encontrándose dificultad para la implementación, seguimiento y evaluación debido a la

no continuidad del personal que lidera los procesos . La Institución ejecuta el Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud PAMEC, basado en estándares de calidad, cuyos resultados en los últimos años ha ido aumentado, encontrándose el mayor mejoramiento en el grupo de estándar asistencial en pro de cumplimiento a la norma, continuando con el estándar de Direccionamiento realizando actualizaciones en el proceso de la plataforma estratégica.

El Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad, tiene su enfoque en estándares de Acreditación, cuyos resultados en los dos últimos dos años han ido aumentado en cada uno de los grupos: Gerencia, Direccionamiento, Asistenciales, Ambiente Físico, talento Humano, Tecnología, Gerencia de la Información y mejoramiento de la Calidad, lo que se puede evidenciar en la siguiente tabla, cabe resaltar que la ESE no ha avanzado en este proceso dado que no cuenta con el Talento Humano que lidere los procesos de calidad y por ende se dificulta su ejecución, apropiación y avance.

Como primera medida se propone gestionar recursos financieros ante los entes gubernamentales que permitan la contratación de personal para aumentar los ingresos mediante la oferta de servicios a las diferentes EAPBs con la que la entidad tiene suscrito contratos de concurrencia.

La ESE Hospital Regional Occidente cuenta con servicios habilitados para primer nivel de complejidad, hemos querido como meta llevar a cabo el estudio para la apertura, viabilización y habilitación de 2 servicios especializados en salud, que puedan impactar de forma directa los ingresos de la entidad, es importante mencionar que la entidad no cuenta con recursos para llevar a cabo la contratación de este personal, pero podrá estudiar si la apertura de dos servicios si es viable o no desde el punto de vista de aumento de ingresos dependiendo directamente en la gestión oportuna en los pagos por parte de las EAPBs. Igualmente, la empresa necesitaría apoyo para la apertura y funcionamiento inicial de los servicios para que en un plazo no mayor a 3 años mismos servicios sean autosostenibles por la entidad.

Como segunda medida se propone gestionar recursos financieros ante los entes gubernamentales para el fortalecimiento de la infraestructura de las diferentes sedes de la ESE.

La ESE Hospital Regional Occidente, está conformada por la IPS Sede Miguel Duran Duran, la IPS Centro de salud la Vega para el municipio de Cáchira y por el Centro de Salud de la Esperanza y Puesto de salud de la Pedregosa para el municipio de la Esperanza Norte de Santander.

En la actualidad, el Hospital de Cáchira y el centro de salud de la Vega se encuentra en regular estado, pues la empresa durante los últimos 3 años ha garantizado su respectivo

mantenimiento hospitalario, aclarando que no se han llevado modificaciones y/o mejoras estructurales.

El Centro de Salud de la Esperanza actualmente cuenta con una infraestructura en mal estado que requiere ser intervenida por la antigüedad de su construcción, los riesgos identificados en la plataforma SIHO, son por riesgo de deslizamiento, exposición al ruido debido al tráfico de vehículo de carga, y de alto nivel sísmico. Ante esta problemática la ESE compro con recursos propios un lote para la construcción del nuevo Centro de Salud de la Esperanza. Por lo anterior la empresa viene adelantando la elaboración de un proyecto, que permita no solo subsanar la demanda de pacientes y mejorar la prestación de servicios en salud, sino aumentar los ingresos por la venta de servicios con el cumplimiento de metas y la habilitación de otros servicios como Hospitalización, consulta especializada y rayos X.

A la infraestructura del Puesto de salud de la Pedregosa se le han realizado adecuaciones que han permitido la mejora de la calidad en la prestación de los servicios, pero la capacidad instalada sigue siendo la misma ya que no existe forma de habilitar y/o ofertar nuevos servicios.

Como tercera medida se propone gestionar recursos financieros ante las entidades gubernamentales para la ejecución de proyectos en la adquisición de Equipos Biomédicos que permitan el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud.

La empresa propone presentar un proyecto que permita implementar acciones de mejora para el cumplimiento del SOGC cuya finalidad es tener condiciones de atención en salud propicias para obtener el mayor beneficio, al menor riesgo y a un costo razonable, buscando las mejores condiciones de competencia con calidad, en un ambiente de seguridad para los usuarios, cumpliendo con las características de accesibilidad, oportunidad, continuidad y seguridad; cumplimiento del 100% de las condiciones de habilitación en todos sus componentes garantizando condiciones técnico científicas, adecuación de las instalaciones y adquisición de tecnología de punta para brindar calidad en los procesos de atención y satisfacción de los usuarios, fundamentado en el mejoramiento continuo que permita alcanzar estándares superiores de calidad mejorando la prestación de los servicios basados en atención segura con evidencia científica, atención centrada en el usuario y atención humanizada, logrando el posicionamiento en el mercado con un componente diferencial por ser una entidad de carácter público, departamental de primer nivel con la ventaja de ser únicos prestadores, que apunta a la optimización del recurso humano con tecnología de punta.

1.1.3 Aspectos administrativos.

La ESE Hospital Regional Occidente cuenta con un sistema de gestión de calidad en el cual se hallan documentados procesos gerenciales, operativos y procesos de apoyo, pero se

encuentran desactualizados, lo cual ha dificultado la planeación, adquisición y suministro de materiales e insumos requeridos en cada uno de los servicios tanto asistenciales como administrativos y dificultad para la implementación, seguimiento y evaluación de procesos y procedimientos debido a la no continuidad del personal que lidera los procesos por la falta de recursos para la contratación de estos profesionales.

La ESE Hospital Regional Occidente se encuentra en un estado de Mejora Continua de los procesos y procedimientos de acuerdo a las caracterizaciones establecida en el mapa de procesos, donde reflejan la Gestión estratégica, misional, apoyo de evaluación y seguimiento, con el fin de avanzar en el cumplimiento de los objetivos institucionales.

La ESE no cuenta con un programa ni un plan de auditoria ni un auditor para medir los procesos asistenciales, lo que dificulta el cumplimiento de los objetivos institucionales.

La ESE no cuenta con un Procedimiento para la elaboración y/o actualización de Guías de atención y manejo, a su vez se tienen las guías de atención y manejo para las patologías atendidas en la ESE, estas son socializadas a todo el personal asistencial que ingresa a la Institución como parte del proceso de inducción, se evalúa la adherencia al cumplimiento de algunas de las guías, pero no existe continuidad en el seguimiento a los resultados obtenido debido a la no continuidad de la contratación del personal.

La ESE propone como medida Reorganización Administrativa de tipo Defensiva.

Gestionar recursos financieros por medio de un proyecto ante el Ministerio de TIC para garantizar el sistema de información mediante la puesta en marcha de la tecnología adecuada que nos permita mejorar los procesos administrativos.

La empresa buscará integrar todos los procesos tanto asistenciales y administrativos mejorando el que se tiene actualmente. El Sistema de información VISUAL TNS con el cual se procesa la información contable y financiera es actualizado de forma anual eso permite mejorar el procesamiento electrónico de datos, la oportunidad en la entrega de la información y a su vez la seguridad y confiabilidad de la información procesada en dicha herramienta y llevando a cabo el proceso de Facturación Electrónica como lo establece la DIAN. A su vez se buscará la integridad e interrelación del Sistema de Información administrativo, financiero y asistencial con el sistema de gestión documental para fortalecer el control del flujo de documentos, oportunidad en la entrega de la información y calidad de la misma.

La empresa en la actualidad tiene implementado la historia clínica electrónica pero la misma no se integra con el software financiero y administrativo existente y a su vez con el Sistema de Gestión Documental, lo que no permite mejorar la eficiencia y efectividad, que se podría reflejar en la oportunidad de los informes y de información unificada para el apoyo a la toma de decisiones, a su vez se implementará lo concerniente con la Política de

Gobierno Digital encaminada a fortalecer la relación con el cliente interno y externo, buscando la aplicabilidad en todo lo relacionado con la norma ISO 27001 encaminada a fortalecer la Seguridad Digital y de la Información minimizando los riesgos digitales a los que estamos expuestos.

La Institución implemento su sitio WEB buscando aplicar de la mejor manera la política de Gobierno Digital emitida por el Ministerio de las TIC para dar cumplimiento al modelo Integral de Planeación y Gestión y a su vez con la Ley de Transparencia y del derecho de acceso a la información pública (Ley 1712 de 2014).

En cuanto a la implementación de la Facturación Electrónica, la empresa cuenta en la actualidad con software y contrato vigente para ello, pero de igual forma no existe integralidad por lo tanto se realiza de forma independiente.

La ESE Hospital regional occidente buscará presentar un proyecto que permita garantizar la puesta en marcha de un sistema de información con tecnología adecuada que permita ser más eficientes y eficaces en la presentación de informes y calidad en la prestación de servicios, dando cumplimiento a los informes requeridos por los entes de control. La ESE presentará proyectos ante los Entes territoriales para el fortalecimiento institucional, en cuanto a infraestructura, dotación de equipos y fortalecimiento de TIC que permitan mejorar las prestaciones de los servicios que llevarían a aumento de ingresos por la venta de servicios de salud como fuente de funcionamiento principal de la entidad.

1.1.4 Aspectos jurídicos.

Dentro de la problemática identificada a través del diagnóstico situacional, pudimos encontrar que, aunque la empresa en la actualidad no cuenta con procesos de cobros coactivos por prestaciones de servicios, por procesos jurídicos por incumplimiento en el pago de las obligaciones contraídas, la entidad no está exonerada de que puedan existir demandas y/o procesos en el futuro.

La ausencia de una política institucional de defensa del daño jurídico y/o antijurídico, por la falta de recursos para contratar el recurso humano que se requiere para la construcción e implementación de la política, puede causar que la entidad no puede defenderse ante demandas futuras.

Atendiendo las falencias presentadas, se define una medida de Fortalecimiento de Ingresos tipo Adaptativa la cual es gestionar recursos gubernamentales para la contratación de personal idóneo y suficiente para la defensa de los intereses de la ESE aprovechando la oferta de profesionales en el área de influencia y así prevenir el daño antijuridico de la ESE.

Para esta medida la entidad llevara a cabo la inclusión dentro la planta de personal de un Profesional en derecho llevando a cabo un estudio de costos para la creación del cargo de profesional en Derecho que permita la creación de la oficina jurídica para el desarrollo de los procesos que prevengan el daño jurídico y antijuridico de la ESE.

1.1.5 Aspectos financieros.

La ESE Hospital Regional Occidente de Norte de Santander en su actividad económica de los últimos años viene prestando los servicios de salud conforme a los contratos pactados con las diferentes EAPB, de igual forma la entidad tiene como fuente de ingresos la contratación de los planes de intervenciones colectivas con los municipios de Cáchira y la esperanza y recibe ingresos por subsidio a la Oferta que impactan directamente los ingresos que cubrirán los gastos generales de funcionamiento del ejercicio corriente.

La entidad no cuenta en la actualidad con pasivos, por lo tanto, la entidad no se ha visto inmersa en cierres de servicios, ni falta de relaciones contractuales con Entidades Administradoras de planes de beneficios, pero si se ha visto damnificada por el incumplimiento de los pagos por parte de las mismas que han causado que la entidad no recaude los recursos necesarios para cumplir con lo comprometido en la vigencia 2023.

Identificados los problemas de mayor impacto de la ESE, plantea la realización de medidas y estrategias para superarlas y llevar a la Institución a aumentar los ingresos y ser sostenibles a través de los años. Las medidas propuestas están orientadas a el fortalecimiento de Ingresos de características ofensivas, definidas de la siguiente manera:

La entidad tiene identificado los problemas financieros de mayor impacto en donde se prioriza el Bajo recaudo de recursos financieros por la venta de servicios de salud causado por el incumplimiento de los acuerdos de Pago por parte de las EAPB, para ello se formuló la siguiente medida fortalecer el recurso humano de la entidad que permitan ajustar y hacer trazabilidad de los procesos de facturación, glosas, recaudo y cartera, la entidad propone la gestión de cartera desde el cobro de la misma aumentando el recaudo en un 50%, la cartera existente necesita de un proceso de cobro claro y conciso, pero aclara que, la entidad no cuenta con profesional en derecho ni oficina coactiva.

De igual forma, la entidad presenta descuentos en los Giros directos por Glosas efectuadas por las EAPB, para ello la entidad propone como medida gestionar recursos para contratación de personal para la ejecución de actividades en las metas acordadas con la EAPB, la empresa es consciente del incumplimiento de las metas de promoción y mantenimiento de la salud causado por la falta de personal para ejecutar y apoyar en el cumplimiento de las metas por lo tanto se generaran estrategias para disminuir en un 50% las Glosas efectuadas por parte de las EAPB, proponemos apropiar y destinar recursos

	técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en la vigencia objeto de evaluación/ Números de Historias clínicas de niños (as) menores de 10 años incluidos en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.				
OBSERVACIONES/SITUACION ACTUAL	En las vigencia 2023, el resultado fue de 0.96. Debido al cambio de la norma, se aplicará las guias de primera infancia y infancia de la resolución 3280 de 2018.				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
		2024	2025	2026	2027
≥0,8	0,96	≥0,96	≥0, 96	≥0, 96	≥0, 96
Fuente de información	Informe del Comité de historias Clínicas que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador				

25. Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas

El reingreso al servicio de urgencias nos da cuenta de la calidad de la atención en términos de la racionalidad técnica científica y efectividad del diagnóstico y tratamiento aplicados en la atención del paciente, así como con la capacidad resolutiva de la institución en la educación al paciente.

INDICADOR No. 25	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas				
FORMULA	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de evaluación/Número total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias, en la vigencia objeto de evaluación				
OBSERVACIONES/SITUACION ACTUAL	En las vigencia 2023 el resultado fue de 0.002, según la ficha técnica de la página del SIHO, por lo que se ha cumplido con el estándar establecido.				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
		2024	2025	2026	2027
≤0,03	0,002	≤0,02	≤ 0,02	≤0,02	≤0,02
Fuente de Información	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social				

26. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general

La atención por el médico general es la más importante y frecuente puerta de entrada al sistema. La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios y su oportunidad es vital para la eficiencia del sistema pues orienta y racionaliza la demanda a niveles superiores de complejidad y especialidad. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a él y disminuye la congestión e inadecuada utilización de servicios especializados y de urgencias.

INDICADOR No. 26	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general				
FORMULA	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación/Número total de citas de medicina general de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación				
OBSERVACIONES/SITUACION ACTUAL	En las vigencia 2023 el resultado de este indicador según la ficha técnica de la página del SIHO, fue de 1,039, se ha cumplido con el estándar establecido.				
ESTANDAR PROPUESTO	LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
		2024	2025	2026	2027
≤3	1,039	≤2,0	≤ 2,0	≤2,0	≤2,0
Fuente de Información	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social				

SOCIALIZACIÓN, DESPLIEGUE Y EJECUCIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

Para una adecuado entendimiento y socialización del Plan de Gestión Gerencial, es necesario llegar a todos los procesos, niveles y colaboradores de la ESE HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE, para ello se usará entre otros medios, la Página Web, jornadas de inducción y reinducción, Esta divulgación y socialización estará en cabeza de la gerencia, equipo directivo, y líderes de proceso.

La divulgación a la comunidad y partes interesadas se realizará a través de la Página Web y dentro de la rendición de cuentas se informará el avance del mismo en cada vigencia.

Como el plan de gestión gerencial, se encuentra articulado con el Plan de Desarrollo Institucional, su despliegue y ejecución se realizará a través de los planes operativos anuales (POA) definidos en el Plan de Desarrollo.

EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

La evaluación del Plan de Gestión Gerencial por parte de la Junta Directiva de la ESE Hospital Regional Occidente, se realizará acorde a los lineamientos establecidos en la Ley 1438 de 2011 y la Resolución 710 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social y sus modificatorias. El seguimiento a los indicadores establecidos en el Plan se realizará de forma semestral.

ELABORACIÓN Y PRESENTACIÓN DEL INFORME DE ANUAL

La gerente de la ESE Hospital Regional Occidente presentará a la Junta Directiva un informe anual sobre el cumplimiento del Plan de Gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1° de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior.

El informe anual de gestión del gerente contendrá los logros de los indicadores de gestión y de resultados de la empresa y un análisis comparativo de los indicadores de cumplimiento de las metas de gestión y de resultados, junto con un informe motivado de las causas de las desviaciones en los indicadores establecidos en el plan, cuando haya lugar, y de los efectos de éstas en la gestión de la entidad.

CALIFICACIÓN DEL INFORME DE ANUAL

La Junta Directiva evaluará el cumplimiento del Plan de Gestión del gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión.

Para las sesiones de evaluación de la gestión y resultados de la gerente, podrá designarse secretario Ad-hoc, en el caso en que el secretario sea la gerente de la ESE Hospital Regional Occidente.

La calificación del informe anual del plan de gestión gerencial se realizará teniendo en cuenta el Anexo N° 3 "Instructivo para la calificación" aplicado a los datos diligenciados en

el Anexo N° 4 "Matriz de Calificación" y los lineamientos establecidos en la Fase de Evaluación de la Resolución 408 de febrero de 2018.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Para la interpretación de los resultados se tendrá en cuenta la escala establecida en el Anexo 5 de la Resolución 710 de 2012, resolución 743 de 2012 y resolución 408 de 2018

NOTIFICACIÓN DE RESULTADOS

Los miembros de la Junta Directiva harán constar mediante Acuerdo debidamente motivado, el resultado de la sumatoria de las calificaciones ponderadas, determinando si la misma es satisfactoria o insatisfactoria, notificando del mismo al gerente.

RECURSOS CONTRA LA DECISIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA

La gerente podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación y de apelación ante el Superintendente Nacional de Salud, para resolver dichos recursos se contará con un término de quince (15) días hábiles.

Cáchira, 28 de mayo de 2024.

ANDREA CAROLINA TORRES MORA
Gerente.

PROPOSICIONES Y VARIOS

Planeación estratégica por gerencia, hacer oficio - Circular

Rol de control interno periodo mínimo mensual bimestral o trimestral

Linea base: Análisis mas profundo.

Construcción del POA, presentar el julio 25 en junta.

SISTEMA

CONSTRUCCION PLAN DE AUDITORIA INTERNA, MEJORAR LOS INDICADORES DEL 2023

INFORME DE JURIDICA SOBRE SETENCIAS PROCESOS EN CURSO, NIVEL DE RIESGO DE PROCESOS, PERDIDA, O CONTABILIZARLOS

Sistema de control interno como tal

Comité de conciliación, sentencias

AGENDA DE CAPACITACION PROCURADURIA, PREVENCIÓN DE DAÑO ANTIJURIDICO

DEBE QUEDAR EN ACTA DE HOY

DECISIONES ADMINISTRIVAS DE GERENCIA Y DE PRESIDENCIA DE GERENCIA

MEDIDAS DE AUSTERIDAD DEL GASTO

CARTERA POR EDADES Y CALIFICACIONES COMO TAL

ASESOR CONTABLE, DEPURACION DE CARTERA

MIGRANTES

METAS DEL PLAN DE RIESGO FISCAL Y FINANCIERO QUEDAN INCLUIDAS EN L PLANDE GESTION